

ANDE

Sigla / Nº / Año

SOLICITUD DE SUBSIDIO

Nombre y Apellido: _____ **Nº de Empleado:** _____

Dependencia: _____ **Cargo:** _____

Nº de Interno o Teléfono del funcionario solicitante: _____

solicita **subsidio** en concepto de: _____ para lo cual acompaña los siguientes documentos comprobatorios:

Certificado de Matrimonio Certificado de Defunción

Certificado de Nacimiento Matrícula Escolar y/o fotocopia Libreta de Calificaciones

Otros (Especificar): _____

Obs.: _____

Nota: Certifico bajo mi responsabilidad que los datos consignados en este formulario así como los documentos comprobatorios son verdaderos y completos.

Firma del Interesado
Fecha: ____/____/____

A: DPTO. DE ACOMPAÑAMIENTO DEL PERSONAL (DRH/DAP)

Firma Jefe Unidad Administrativa
Nombre y Apellido: _____
Nº de Empleado: _____ Fecha: ____/____/____

Dpto. de Acompañamiento del Personal (DRH/DAP)

Observaciones: _____

- A Dpto. de Gestión del Personal (DRH/DGP)
- A Dpto. Control de Pagos (SGF/DCP)

Rubro presupuestario: _____

Procesado por
Nombre y Apellido: _____
Fecha: ____/____/____

Firma Jefe
Nombre y Apellido: _____
Nº de Empleado: _____ Fecha: ____/____/____

- Dpto. de Gestión del Personal (DRH/DGP)
- Dpto. de Control de Pagos (SGF/DCP)

Observaciones: _____

Procesado por
Nombre y Apellido: _____
Fecha: ____/____/____

Firma Jefe
Nombre y Apellido: _____
Nº de Empleado: _____ Fecha: ____/____/____

ORIGINAL: DPTO. DE ACOMPAÑAMIENTO DEL PERSONAL (DRH/DAP)
1A. COPIA: DPTO. CONTROL DE PAGOS (SGF/DCP)
2A. COPIA: UNIDAD EMITENTE